

# **ZH\_VERWALTUNGSGERICHT VB.2005.00359 vom 3. Februar 1987**

ZH Verwaltungsgericht, 1987-02-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_verwaltungsgericht\\_\\_VB.2005.00359](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_verwaltungsgericht__VB.2005.00359)

FR: ZH\_VERWALTUNGSGERICHT VB.2005.00359 du 3 février 1987

IT: ZH\_VERWALTUNGSGERICHT VB.2005.00359 del 3 febbraio 1987

## **Regeste**

Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung als Arzt | Entzug der Bewilligung zur selbständigen ärztlichen Berufsausübung Zuständigkeit und Kognition des Verwaltungsgerichts (E. 1). Rechtsgrundlagen zu den Bewilligungsvoraussetzungen und zum Bewilligungsentzug (E. 2.1-2). Aufsicht der Gesundheitsdirektion über die Arztpersonen (E. 2.3). Die Unterzeichnung der angefochtenen Verfügung durch den stellvertretenden Generalsekretär der Direktion ist nicht zu beanstanden (E. 3.1.1). Den Anforderungen von Art. 6 EMRK wurde mit der Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung Rechnung getragen (E. 3.2). Einzelne Beanstandungen: Rechnungstellung an Patienten über eine Aktiengesellschaft, von welcher der Beschwerdeführer angestellt ist und von welcher er einen sehr bescheidenen Lohn bezieht, um angeblich die finanzielle Lage zu verschleiern: Das kantonale Erfordernis der ärztlichen Berufsausübung im Namen und auf Rechnung des Praxisinhabers erweist sich nicht als bundesrechtswidrig (E. 3.3, 4.6). Mangelhafte Bereitschaft des Beschwerdeführers, gegenüber der Gesundheitsdirektion Auskunft zu den Beanstandungen zu erteilen (E. 3.4). Überhöhte und teilweise nicht auf einem belegbaren ärztlichen Aufwand beruhende Rechnungstellung (E. 4.1). Pauschalrechnungen sowie verlangte Barzahlung und infolgedessen Auseinandersetzung des Beschwerdeführers mit einer Krankenkasse (E. 4.2). Mangelhafte Auskündigung; Unklarheit, ob bzw. in welcher Art überhaupt eine Arztpraxis vorhanden ist; mangelhafte Erreichbarkeit (E. 4.3). Auskündigung als "Not(fall)arzt" ohne entsprechende Fachausbildung; intransparente Organisation des Notfalldienstes (E. 4.4). Unklare Verhältnisse in Bezug auf die Berufshaftpflichtversicherung; ungenügende Auskunft über den Abschluss eines Strafverfahrens (E. 4.5). Drohungen des Beschwerdeführers mit Strafanzeigen und anderen rechtlichen Schritten sowie Einleitung solcher Verfahren (E. 4.7). Zusammenfassende Würdigung: Die Vertrauenswürdigkeit ist nicht mehr gegeben. Eine Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung ist nichtersichtlich (E. 4.8) Abweisung. Frist von 90 Tagen zur Aufgabe der Praxis (E. 5).

## **Erwägungen**

### **E. 3**

Vorerst gilt es gewisse Vorbringen in formeller Hinsicht zu klären.

#### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer bezichtigt die Beschwerdegegnerin, nicht alle Akten eingereicht zu haben; ausserdem erkennt er einen Formfehler in der Unterzeichnung der angefochtenen Verfügung.

##### **E. 3.1.1**

Der Beschwerdeführer bezweifelt die Unterschriftsberechtigung von "lic.iur. C, stv. Generalsekretär", der die angefochtene Verfügung unterzeichnete, zu Unrecht, wie sich aus dem Organigramm der Beschwerdegegnerin ergibt. Fehl geht ferner sein Hinweis auf das Gesetz betreffend die Organisation und Geschäftsführung des Regierungsrates und seiner Direktionen vom 26. Februar 1899. Nach dessen § 51 Abs. 1 sind zwar Beschlüsse und Verfügungen, welche öffentlich bekannt gemacht werden, vom Präsidenten bzw. Direktor und Sekretär zu unterzeichnen. Dagegen ist nach Abs. 2 derselben Bestimmung unteren Behörden und Privaten die Erledigung eines Geschäftes durch Protokollauszug, vom Sekretär unterzeichnet, zur Kenntnis zu bringen. Vorliegend fehlt es an einer öffentlich bekannt gemachten Verfügung. Ausserdem ist es allgemein anerkannt, dass der Stellvertreter eines Funktionsträgers im Vertretungsfall über die gleichen Kompetenzen verfügt wie der eigentliche Funktionsträger. Im Übrigen stellt die Unterschrift kein allgemeines Gültigkeitserfordernis dar, mindestens dann nicht, wenn das Gesetz neben der schriftlichen Form nicht ausdrücklich die handschriftliche Unterzeichnung durch den für den Verwaltungsakt zuständigen Bediensteten verlangt (Kölz/Bosshart/Röhl, § 10 N. 19). Der Beschwerdeführer legt eine entsprechende Vorschrift für die angefochtene Verfügung nicht dar.

### **E. 3.1.2**

Soweit der Beschwerdeführer neu geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe nicht alle Akten zur Verfügung gestellt, was eine "Diskriminierung" darstelle, unterlässt er es, dies näher zu substantiieren. Nach dem Ausgeführten wäre sein Vorbringen als unechtes Novum ohnehin nicht mehr zulässig. Im Übrigen hält er selber diesen Vorwurf für nicht prozessentscheidend, weshalb sich weitere Ausführungen darüber erübrigen (Prot. S. 14).

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer verlangt, dass das Verfahren betreffend Entzug der Berufsbewilligung die Erfordernisse von Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) erfüllen müsse. Konkret stellt er Antrag auf Durchführung einer öffentlichen mündlichen Verhandlung. Mit der Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung am 5. Juli 2006, in deren Rahmen sich die Parteien äussern konnten, ist dem Antrag des Beschwerdeführers entsprochen worden. Die Verhandlungsoffenheit dient allerdings nicht dazu, ein mündliches Beweisverfahren durchzuführen und entscheiderelevantes Tatsachenmaterial nachzubringen (dazu exemplarisch VGr, 3. Mai 2006, PB.2005.00036, E. 2.1.2, [www.vgrzh.ch](http://www.vgrzh.ch)).

### **E. 3.3**

Der Beschwerdeführer gesteht sodann zu, dass die Rechnungen für von ihm vorgenommene ärztliche Behandlungen nicht in seinem Namen, sondern unter dem Namen der Firma H (fortan Firma) ausgestellt werden, die Honorare der Versicherten oder Versicherer dieser Gesellschaft zufließen und er im Auftrag dieser Gesellschaft tätig sei. Die erwähnte Firma bezahlte ihm im Jahr 2004 ein vereinbartes Jahreshonorar von Fr. 38'940.-, wobei deren Aktienkapital Fr. 300'000.- beträgt und die Lebenspartnerin des Beschwerdeführers einziges Mitglied des Verwaltungsrates mit Einzelunterschrift ist. Gemäss dem Bericht des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen vom 10. Dezember 1993 generierte der Beschwerdeführer allerdings schon im zweiten Behandlungsjahr Fr. 453'742.- an Arztkosten; demgegenüber nimmt sich das vereinbarte Honorar von rund Fr. 39'000.- sehr bescheiden aus. Inwieweit die Firma dem Beschwerdeführer dazu dient, nach dem am

3. August 1995 erfolgten Konkurs gegenüber Forderungen die Einrede fehlenden neuen Vermögens geltend zu machen (Prot. S. 14; Art. 265 Abs. 2, 265a Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs vom 11. April 1889), weil er die Höhe seines Honorars mit der erwähnten Firma jährlich "vereinbart", braucht an dieser Stelle nicht abschliessend geprüft zu werden.

### **E. 3.3.1**

Die Anforderungen an den Inhaber der Praxisbewilligung (vorn E. 2.1+2) sprechen dafür, dass die Praxisbewilligung grundsätzlich an eine natürliche Person gebunden ist und eine Arztpraxis nicht von einer juristischen Person betrieben werden darf, was der Beschwerdeführer unter Hinweis auf Art. 36a und Art. 55a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) bestreitet. Er geht sogar soweit, § 11 des Gesundheitsgesetzes als bundesrechtswidrig zu bezeichnen.

### **E. 3.3.2**

Vorerst stellt sich die Frage, ob das Verwaltungsgericht § 11 GesundheitsG auf Übereinstimmung mit Art. 36a KVG hin prüfen darf. Das ist zu bejahen. Der Beschwerdeführer kann – wie vorliegend – geltend machen, der fragliche Akt sei deshalb aufzuheben, weil die ihm zugrundeliegende Gesetzesbestimmung selber höherrangigem Recht, insbesondere der Verfassung, widerspreche. Mit dieser Rüge verlangt er, dass die fragliche Bestimmung akzessorisch, das heisst in Verbindung mit dem angefochtenen Rechtsanwendungsakt, auf Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht überprüft werde. Dabei beschränkt sich die Befugnis des Verwaltungsgerichts zur akzessorischen Normenkontrolle unter anderen auf kantonale Gesetze und Verordnungen (Kölz/Bosshart/Röhl, § 50 N. 117 f.). Das Gericht ist demnach befugt, § 11 GesundheitsG auf Übereinstimmung mit (höherrangigem) Bundesrecht zu überprüfen.

### **E. 3.3.3**

Nach Art. 36a KVG sind Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, zugelassen, wenn die dort tätigen Ärzte die Voraussetzungen nach Art. 36 KVG (eidgenössisches Diplom, vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung) erfüllen und den Zulassungsstopp nach Art. 55a KVG respektieren (zum Zulassungsstopp vgl. AS 2002, 2549 und AS 2005, 2353). Es fragt sich allerdings, ob mit "Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege ... dienen", tatsächlich an die Unternehmensform gedacht ist, in welcher Ärztin und Arzt generell tätig werden dürfen. Das Krankenversicherungsgesetz regelt lediglich die Zulassung der Leistungserbringer im Grundsatz (für Ärzte Art. 35 Abs. 2 lit. a, Art. 36, 37 Abs. 3 KVG), während die Voraussetzungen für die Aufnahme der Praxistätigkeit von den Kantonen geregelt und überprüft werden (§ 7, 8 Abs. 1 GesundheitsG). Gemäss der Botschaft des Bundesrates betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung vom 21. September 1998 (BBl 1999 I 793 ff., 838 f.) ergibt sich aus der Entstehungsgeschichte des KVG, dass gestützt auf die gesundheitspolizeilichen Regelungen der Kantone eine Praxisbewilligung erteilt werden müsse. Dies nicht zuletzt zum Schutz der Bevölkerung vor unqualifizierter Behandlung. Aufgrund der heutigen Entwicklung im Bereich der besonderen Versicherungsformen und der entsprechend vielfältigen Institutionen solle jedoch bei Ärzten und Ärztinnen, die aufgrund eines vertraglichen Angestelltenverhältnisses in einer HMO oder in einem Zentrum der ambulanten Versorgung tätig seien, die Selbständigkeit nicht mehr zwingend vorausgesetzt werden. Es sei auch in diesem Bereich eine explizite gesetzliche Grundlage

für deren Zulassung zu schaffen, um Rechtsungleichheiten zu vermeiden. – In diesem Sinn kommt dem kantonalen Recht bei der Umschreibung der Art der Berufsausübung durchaus eine eigenständige Bedeutung zu; § 11 GesundheitsG bildet diesbezüglich eine Grundlage.

#### **E. 3.3.4**

Hintergrund dieses erweiterten Verzichtes auf die selbständige Berufsausübung war, dass sich für HMO-Zentren und ähnliche Institutionen Probleme ergaben, weil gemäss Art. 39 KVG Anstellungsverhältnisse für Ärzte und Ärztinnen grundsätzlich nur in Spitälern und anderen Einrichtungen für stationäre Behandlungen vorgesehen sind (BB1 1999 I 838). HMO (Health Maintenance Organization = Gesundheitserhaltungsorganisation) ist ein Krankenversicherungsmodell (dazu [www.comparis.ch/krankenkassen/info](http://www.comparis.ch/krankenkassen/info)). Bei den HMO-Einrichtungen handelt es sich überwiegend um Zentren der Krankenkassen oder um mit Krankenkassen zusammenarbeitende Praxisgemeinschaften für den ambulanten Bereich mit einer grösseren Infrastruktur. Daraus wird aber ersichtlich, dass Art. 36a KVG unter "Einrichtungen" im Gegensatz zu solchen für den stationären Aufenthalt Zentren und Institutionen mit vergleichbarer Infrastruktur für den ambulanten Bereich versteht, in denen, um eine permanente Besetzung zu erhalten, naturgemäss mehrere Personen arbeiten und damit angestellt sein müssen. Solche Angestelltenverhältnisse will Art. 36a KVG ermöglichen und spricht entsprechend von "Ärztinnen und Ärzten".

#### **E. 3.3.5**

Die Praxis des Beschwerdeführers – sofern eine solche überhaupt besteht (dazu hinten E. 4.3) – lässt sich aber gerade nicht mit einem HMO-Zentrum oder einer ähnlichen Institution vergleichen. Dass es sich bei seiner Praxis um einen Zusammenschluss von Ärzten in einer AG handle, geht weder aus dem Handelsregisterauszug noch aus den Akten hervor. Vielmehr machte der Beschwerdeführer beharrlich geltend, er benötige keine Praxisräume – erwähnt werden bloss "Diensträumlichkeiten" (hinten E. 4.3.1+2) –, da er zu den Patienten nach Hause gehe. Über eine eigentliche Praxistätigkeit gibt er wenig bekannt, ausser, dass Patientinnen und Patienten nur nach telefonischer Anmeldung empfangen und auf den hofseitigen Eingang hingewiesen würden. Wie aus dem Sachverhalt hervorgeht, bezeichnete er – falls überhaupt – jeweils nur widerwillig eine Praxisadresse, die meist nicht zutraf (vorn I/C+E+G). Solche Umstände hat die erwähnte Änderung des KVG jedoch nicht im Auge. Art. 36a KVG kann nicht Grundlage dafür sein, dass jede – nicht einem HMO-Zentrum oder einer vergleichbaren Institution entsprechende – vom Publikum besuchte Praxis im Namen einer juristischen Person geführt wird. Im vorliegenden Zusammenhang erweist sich daher § 11 GesundheitsG nicht als bundesrechtswidrig.

#### **E. 3.4**

Mit Schreiben vom 10. Februar 2005 wies die Beschwerdegegnerin auf zahlreiche Beschwerden wegen der Rechnungsstellung des Beschwerdeführers hin, ferner darauf, dass er sich für den Einsatz als Notarzt während 24 Stunden auskünde, ohne den entsprechenden Fähigkeitsausweis zu haben und organisatorisch darauf eingerichtet zu sein. Angesichts des 1995 über ihn ausgesprochenen Konkurses und der gegen Betreibungen erhobenen Einrede fehlenden neuen Vermögens stelle sich die Frage, wie er allfällige Schadenersatzansprüche von Patienten sicherstelle. Schliesslich habe er mitzuteilen, ob er an der P-Strasse Praxisräumlichkeiten besitze und wo er die Krankengeschichten und Medikamente aufbewahre. Mit seinem Verhalten, auf Kritik oder Beanstandungen sofort mit Strafanzeigen und Klagen zu reagieren oder mindestens damit zu drohen, versuche er,

Behörden, Patienten und Patientenorganisationen einzuschüchtern. Die Beschwerdegegnerin räumte dem Beschwerdeführer Frist zur Stellungnahme dazu ein. Innert mehrfach erstreckter Frist nahm der Beschwerdeführer entgegen seiner Ansicht nicht wirklich Stellung zu den erwähnten Vorwürfen. Er beschränkte sich auf das Bestreiten und hielt die angeblichen Beschwerden der Patientenstelle für wirr, unverständlich und unsubstantiiert. Der Frage, wie er allfällige Schadenersatzansprüche sicherstelle, stellte der Beschwerdeführer seinerseits die Gegenfrage entgegen, auf welcher gesetzlichen Grundlage die Aufforderung zur Auskunftserteilung beruhe, und knüpfte seine Bereitschaft zur Auskunftserteilung daran, dass alle Ärzte und Ärztinnen des Kantons Zürich ebenfalls Auskunft zu erteilen hätten. Auf die Frage, wo die ärztliche Tätigkeit ausgeübt werde, verwies der Beschwerdeführer auf die – hierzu allerdings wenig ergiebigen – Akten, ohne eine klare Antwort zu geben. Schliesslich stellte er die Frage, was ihm genau vorgeworfen werde. Wenn der Beschwerdeführer in der Beschwerdebegründung nunmehr ausführt, er habe nicht auf eine Stellungnahme verzichtet, sondern die Fragen beantwortet, soweit sie berechtigt und nachvollziehbar gewesen seien, ist vorerst festzuhalten, dass es nicht ihm obliegt, die gestellten Fragen nach seiner Beurteilung der Ernsthaftigkeit zu beantworten. Zudem kann von einer Beantwortung der Fragen im materiellen Sinn ernsthaft keine Rede sein. So ist etwa nicht erkennbar, weshalb der Beschwerdeführer bis heute nicht klar angeben wollte, wo er seine Praxisräumlichkeiten hat (dazu hinten E. 4.3), was eine seriöse Kontrolle, zu der die Behörde berechtigt ist (§ 7 Abs. 3 GesundheitsG, § 21 ÄrzteV) und die im öffentlichen Interesse liegt, verhindert. Aufgrund der mindestens formell zweifelhaften finanziellen Situation des Beschwerdeführers war die Beschwerdegegnerin zudem ohne weiteres berechtigt, in seinem Fall den Nachweis für ausreichenden Versicherungsschutz zu verlangen, ohne in gleicher Weise die gesamte Ärzteschaft des Kantons Zürich bemühen zu müssen. Schon die mangelnde Bereitschaft zur Auskunftserteilung genügt aber bereits, um seine Vertrauenswürdigkeit, die gegenüber den Patienten wie auch gegenüber der Behörde bestehen muss (vorn 2.3), zu verneinen.

#### **E. 4**

Zu prüfen sind die erhobenen Vorwürfe der Beschwerdegegnerin (vorn E. 3.4 Abs. 1). Soweit der Beschwerdeführer darauf hinweist, dass gewisse Unterlagen Vorfälle betreffen, die zehn und mehr Jahre zurückliegen, schliesst dies eine Berücksichtigung im vorliegenden Verfahren nicht aus (vorn E. 2.2 Abs. 2).

#### **E. 4.1**

Neben weiteren, namentlich nicht bekannten Fällen beanstandete die Patientenstelle X in konkreten Fällen die Rechnungsstellungen des Beschwerdeführers. So soll er die 17 Jahre alte N.H. am 8. Februar 1995 zur Untersuchung ins nahe gelegene Q-Spital für ein Röntgenbild und andere Tests gefahren haben, die zur Diagnose Bronchitis führten. Dafür stellte er eine Honorarforderung von Fr. 480.-, was die Eltern der Patientin als überhöht und nicht gerechtfertigt erachteten. Im Falle von A.F. soll der Beschwerdeführer diesen trotz starker Schmerzen und sich verschlechternden Zustandes wegen eines chronischen Blaseninfektes erst nach etwa drei Wochen ins Spital eingewiesen haben, wo A.F. zwei Tage später verstarb. Für die Behandlung vom 25. bis 28. Dezember 1994 verlangte der Beschwerdeführer einen als ungerechtfertigt hoch erachteten Betrag von Fr. 2'320.85. Für drei Besuche beim am 18. Januar 1994 verstorbenen Patienten L.R. soll der Beschwerdeführer Fr. 1'484.65 verlangt haben. Weder die dem Rechnungsbetrag entsprechenden fünf Stunden Visite noch die 11 Telefongespräche hätten den Tatsachen

entsprochen. Für die telefonisch erfolgte Einweisung der Patientin A.O. und eine nachträgliche Konsultation verlangte der Beschwerdeführer den nach Ansicht der Patientenorganisation weit überhöhten Betrag von Fr. 844.80. Die Patientin M.B. habe wegen ihrer Beschwerden morgens um 9 Uhr den Beschwerdeführer herbeigerufen. Nachdem dieser bis am Abend nicht eingetroffen sei, habe sie ihre Tochter zu Hilfe gerufen, die sie um 21.00 Uhr ins Spital gebracht habe; dem Beschwerdeführer habe sie mitgeteilt, er brauche nicht mehr zu kommen. Dieser stellte für die – tatsächlich nicht erfolgte – Behandlung Rechnung über Fr. 280.80. Der Patient F.K. habe den Beschwerdeführer wegen Schmerzen zu Hilfe gerufen, die von dessen Vertreter ohne Untersuchung als Nierenstein diagnostiziert worden seien. Insgesamt sei Rechnung auf Basis von 445 Taxpunkten gestellt worden, was nach Ansicht von F.K. nicht nur überhöht und ungerechtfertigt war, sondern auch auf einer Fehldiagnose beruhte (korrekte Diagnose: eingeklemmter Nerv). Der Patient N.W. habe den Beschwerdeführer zu sich gerufen, aber den Termin wieder abgesagt. Dennoch sei der Beschwerdeführer bei ihm erschienen und habe dafür Rechnung über Fr. 145.60 gestellt. Der Patientin G. stellte der Beschwerdeführer Rechnung über insgesamt Fr. 2'162.25, obwohl sie regelmässig vom Hausarzt und täglich von der Gemeindeschwester wegen ihrer Zuckerkrankheit besucht wurde. Innert fünf Tagen erfolgten acht Hausbesuche, wovon vier an einem Sonntag, insgesamt waren es 11 Hausbesuche während 10 Tagen. Obwohl der Hausarzt dem Beschwerdeführer am 30. Januar 1996 mitgeteilt habe, Hausbesuche seien nicht mehr nötig, habe dieser weitere solche vorgenommen. Die Rechnung wurde aufgrund von Überarztung zurückgewiesen. Am 8. Juni 1998 hielt die Patientin G.R. fest, der Beschwerdeführer habe ihr für nicht erfolgtes Aktenstudium und nicht erbrachte Leistungen im Juli 1997 Rechnung über Fr. 557.60 gestellt. Sie bat zudem um Zustellung der "Mittleren Berichte". Der Beschwerdeführer wollte ihr diese bereits zugestellt haben und berief sich im Schreiben vom 1. Juli 1998 darauf, dass die Krankenkasse seine Rechnung längst beglichen habe. Der Patient L.S. rief den Beschwerdeführer am 19. September 2002 zu Hilfe, da er sich – nach einer Operation wieder zuhause – sehr unwohl fühlte und hohes Fieber hatte. L.S. soll sich als Notfall bezeichnet und insgesamt viermal an den Beschwerdeführer gewandt haben, der jedoch während eineinhalb Stunden nicht erschienen sei. Dennoch habe dieser Rechnung gestellt. Der Beschwerdeführer bestreitet diese Umstände pauschal und hält die erhobenen Vorwürfe für unbewiesen, teils widersprüchlich, teils unsubstantiiert und einseitig vorverurteilend. Solche Vorwürfe wären zudem vorerst abzuklären, bevor sie einem Entscheid zugrunde liegen dürften. Die Untersuchungsmaxime entbindet die Parteien allerdings nicht davon, den massgebenden Sachverhalt in den Rechtsschriften darzustellen. Da sie die objektive Beweislast trotz geltender Untersuchungsmaxime tragen, obliegt es ihnen, die ihnen nützlich scheinenden tatsächlichen Behauptungen aufzustellen und entsprechende Beweisbegehren zu stellen (Kölz/Bosshart/Röhl, § 60 N. 1). Der Beschwerdeführer bestreitet die erwähnten Vorwürfe mit Ausnahme der Patientin G.R. nicht substantiiert, geschweige denn in einer Art und Weise, die erlaubte, darüber Beweis abzunehmen. Insbesondere dort, wo er Rechnung für nicht erfolgte Konsultationen stellte (Fälle M.B., N.W., L.S.) oder wo der Grund für zahlreich erfolgte Hausbesuche oder unverhältnismässig hoch erscheinende Rechnungen nicht dargelegt wird (Fälle A.F., L.R., F.K., G.), hätte es ihm im Rahmen der Darlegung des Sachverhaltes obgelegen, detailliert auf die entgegen seiner Meinung keineswegs wirren, unsubstantiierten und widersprüchlichen Vorwürfe einzugehen. Entsprechend muss er sich diese Umstände entgehen lassen.

## **E. 4.2**

Am 26. Oktober 2004 wandte sich die G-Krankenkasse an die Gesundheitsdirektion und wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer bei fünf ihrer – meist betagten – Mitglieder Barzahlung aufgrund von nicht weiter überprüfbaren Pauschalabrechnungen verlangt habe. Tatsächlich wurden Pauschalrechnungen wie folgt gestellt und bar eingezogen: der Patientin M.H. für einen Besuch und einen Patiententransport am 10. April 2004 Fr. 350.-; der Patientin E.A. für einen Besuch, "Inf.+Wg" am 1. August 2004 Fr. 375.-; dem Patienten W.D. für nicht bezeichnete Leistungen Fr. 380.-; der Patientin J.L. für nicht bezeichnete Leistungen am 8. September 2004 Fr. 430.- (zuzüglich Fr. 70.- für Patiententransport); der Patientin J.I. Fr. 380.- für ebenfalls nicht bezeichnete Leistungen am 8. August 2004. Vier dieser Honorarrechnungen wurden zwar vom Assistenzarzt D ausgestellt, dessen Handeln sich der Beschwerdeführer jedoch anrechnen lassen muss (§ 7 Abs. 2 ÄrzteV). Am 5. November 2004 legte die G-Krankenkasse sodann den Vertrag zwischen dem Beschwerdeführer und Firma I (von der G-Krankenkasse zur Abwicklung des Rechnungswesens beauftragt) bei, wonach gemäss dem Tiers payant abgerechnet werde. Der Beschwerdeführer lässt dazu ausführen, die fünf Honorarrechnungen seien vorerst nicht nach Taxpunkten abgerechnet worden, weil sie an Ort und Stelle, im Notfalldienst, ohne Computerhilfe, direkt erstellt worden seien, was sie nicht rechtswidrig mache. Die jeweiligen End-Rechnungsbeträge seien dann nach dem TARMED abgerechnet worden. Demgegenüber macht die Beschwerdegegnerin geltend, die nach TARMED erstellten Abrechnungen seien – bis auf die Patientin M.H. – weder der G-Krankenkasse noch den Versicherten zugestellt worden, und diese hätten bis heute keine Rückerstattung erhalten. Zudem sei den Rechnungen nicht zu entnehmen, dass es sich um Notfälle gehandelt habe. Der Beschwerdeführer wies die Schuld an der ausgebliebenen Rückerstattung allein der G-Krankenkasse zu.

### **E. 4.2.1**

Nach Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner (Krankenversicherung beim Tiers payant; Versicherte beim Tiers garant; Art. 42 Abs. 1 und 2 KVG) eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Es trifft zwar zu, dass die vom Beschwerdeführer nachträglich erstellten TARMED-Abrechnungen jeweils höhere Beträge als die Pauschalzahlungen enthielten. Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers geht es hier jedoch nicht um übersetzte, sondern ungenügend konkretisierte Rechnungen. So ist nicht zu erkennen, weshalb die der Patientin J.L. belasteten Fr. 430.- für ärztliche Leistungen – auf der Pauschalabrechnung so ausgewiesen – selbst unter Berücksichtigung der nach dem 8. September 2004 erbrachten Leistungen auf über Fr. 656.61 stiegen, wobei die eingelegte Abrechnung nicht vollständig ist (Zwischentotal). Auch die Kosten für den Patiententransport stimmen nicht mit der Pauschale überein. Allgemein fallen die jeweils hohen Wegentschädigungen sowie die geltend gemachte Notfall-Inkonvenienz-Pauschale auf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer kein ausgebildeter Notfallarzt ist und den Pauschalabrechnungen ein Notfall jeweils nicht zu entnehmen ist, weshalb er sich nicht darauf berufen kann, was als Rechnungsstellung unter Notfallärzten üblich ist. Dies im Fall J.L. umso weniger, als deren Behandlung über den 8. September 2004 hinaus andauerte. Sein Vorgehen – dasjenige seines Assistenten ist ihm wie erwähnt entgegen seiner nicht substantiierten Ansicht anzurechnen – ist mindestens unüblich und erschwerte

den meist betagten Patienten eine Kontrolle der Abrechnungen. Der Beschwerdeführer gesteht denn auch zu, dass die Rechnungen eine konkrete Überprüfung durch die rückvergütungspflichtige G-Krankenkasse verzögerten. Die Notwendigkeit für sofortige Rechnungsstellung und Barzahlung wird sodann nicht dargelegt. Soweit sein Assistent ihm damit bei der Auseinandersetzung mit der G-Krankenkasse helfen wollte, rechtfertigte dies ein solches Vorgehen jedenfalls nicht (zur Auseinandersetzung mit der G-Krankenkasse hinten E. 4.2.4).

#### **E. 4.2.2**

Entscheidend aber ist, dass der Beschwerdeführer zwar behauptet, die betroffenen Patientinnen und Patienten hätten die detaillierten Rechnungen erhalten, einen Nachweis jedoch nicht erbringt (Prot. S. 13). Art. 42 Abs. 3 KVG ist so zu verstehen, dass der Leistungserbringer Rechnungen auszustellen hat, welche die für eine Rückerstattung nötigen Informationen enthalten, dem geltenden Tarif entsprechen (Art. 43 Abs. 1 und 2, 44 Abs. 1 KVG) und – im Tiers garant – den Versicherten zugestellt werden müssen. Im Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung machte der Beschwerdeführer geltend, die G-Krankenkasse habe von ihm detaillierte Rechnungen erhalten, was dem Tiers payant entsprechen würde. In Widerspruch dazu steht jedoch der Barbezug für die Pauschalabrechnungen bei den Versicherten, die persönliche Anschrift auf den einzelnen Rechnungen sowie der Umstand, dass tatsächlich nach dem Tiers garant abgerechnet wurde, weshalb die Versicherten die TARMED-Abrechnungen hätten erhalten sollen. In der Beschwerdeschrift heisst es diffuser, G-Krankenkasse und Patienten hätten den Beschwerdeführer als Leistungserbringer um eine detaillierte Rechnung ersuchen können, was in einzelnen Fällen vorgekommen sei, ohne dass solche Fälle aber benannt werden. Schliesslich will er in allen Fällen nach den Notfalleinsätzen detaillierte Rechnungen erstellt und "veranlasst" haben, dass diese den Versicherten zugestellt würden. Daraus wird indessen keineswegs ersichtlich, dass den betroffenen Versicherten (mit Ausnahme von M.H.) oder der G-Krankenkasse die nach TARMED erstellten Abrechnungen zugestellt worden sind. Dies ergibt sich auch aus verschiedenen Schreiben der G-Krankenkasse an drei der erwähnten Versicherten, die jeweils nur die Pauschalabrechnungen einreichten (mit Ausnahme der Patientin M.H.). Aufgrund des Tiers payant und der formell ungenügenden Pauschalabrechnungen verweigerte die G-Krankenkasse die Rückerstattung; insofern kamen die Versicherten zu Schaden. Angesichts der ungenügend konkretisierten Rechnungen wäre die Bezahlung aber auch im Tiers garant ausgeblieben. Dies wiegt umso schwerer, als der Beschwerdeführer seit den Vorgängen um die Patientin E.d.V. wissen musste, dass ärztliche von nichtärztlichen Leistungen zu trennen und ohnehin sämtliche Leistungen detailliert aufzuführen waren (vorn I.B, E. 4.2.1 Abs. 2). Bezüglich der Versicherten M.H. fällt sodann auf, dass auf dem vom Beschwerdeführer eingelegten Exemplar der über ein Jahr später ausgefertigten TARMED-Abrechnung die Barzahlung in Abzug gebracht wurde, auf dem der G-Krankenkasse vorliegenden jedoch nicht. Es existieren damit offensichtlich mehrere Varianten von derselben Abrechnung. Entgegen der unzutreffenden Sachdarstellung des Beschwerdeführers war es sodann nicht die G-Krankenkasse, die mit seinen Leistungen "sehr zufrieden" war; dies war vielmehr die Patientin M.H., wie aus dem Schreiben der G-Krankenkasse vom 21. Mai 2004 hervorgeht. Richtig ist, dass die G-Krankenkasse den Beschwerdeführer als kompetenten Arzt erachtet, was ihn jedoch nicht von der Pflicht befreit, ungeachtet der eingezogenen Barbeträge nachvollziehbare detaillierte Rechnungen zu stellen und zuzustellen.

### **E. 4.2.3**

Neu machte die Beschwerdegegnerin geltend, der Beschwerdeführer habe der Versicherten E.V. am 22. April 2004 und dem betagten Versicherten R.K. am 5. Oktober 2004 wiederum Pauschalrechnungen ausgestellt und diese direkt einkassiert. Darauf hätten wiederum Angaben gefehlt, um den Beschwerdeführer zu kontaktieren und um die geltend gemachten Leistungen nachzuvollziehen. Dies bestreitet der Beschwerdeführer nicht. Auch hier ist zudem nicht ersichtlich, dass die detaillierte Rechnung dem Versicherten R.K. zugestellt wurde. Die Korrespondenz der G-Krankenkasse, worauf sich der Beschwerdeführer selber bezieht, dreht sich denn auch immer nur um die Pauschalrechnungen.

### **E. 4.2.4**

Der Beschwerdeführer macht allerdings geltend, die G-Krankenkasse habe den Versicherten M.H., L.I., E.V. und R.K. gegenüber wider besseres Wissen behauptet, sie habe seit einigen Jahren einen Direktzahlungsvertrag (Tiers payant) mit ihm, weshalb sie den Versicherten keine Rückerstattungen ausrichte. Es treffe ihn demnach keine Schuld, wenn die betroffenen Versicherten bis heute kein Geld erhalten haben sollten. Die G-Krankenkasse führte im Schreiben vom 7. April 2005 aus, sie habe einen Direktzahlungsvertrag mit dem Beschwerdeführer abgeschlossen, den sie entgegen dessen Angaben nie vor Jahren ausser Kraft gesetzt oder gekündigt habe. Vielmehr habe der Beschwerdeführer vertragswidrig Rechnungen direkt an Versicherte der G-Krankenkasse zugestellt, was sie eine Zeit lang geduldet habe, um ihre Versicherten, welche die ausgestellten Rechnungen zu Unrecht bezahlt hätten, dennoch entschädigen zu können. Spätestens mit der Klageantwort vom 15. März 2004 sei die G-Krankenkasse von dieser Praxis wieder abgewichen. Der Beschwerdeführer habe jedoch weiterhin Rechnungen an Versicherte zugestellt und sei damit selber vertragsbrüchig geworden. Dies untermauert das vom Beschwerdeführer selber eingelegte Schreiben der G-Krankenkasse an ihn vom 24. Februar 2003. Darin erklärte sich die G-Krankenkasse bereit, aufgrund des unveränderten Verhaltens des Beschwerdeführers, welcher der Patientenschaft weiterhin Rechnungen direkt ausstellte, entgegen anderslautender Vereinbarung stillschweigend den Tiers garant mit ihm zu praktizieren, mindestens für den unbestrittenen Teil der von ihm ausgestellten Rechnungen. Zur Beurteilung solcher Rechnungen hätten diese aber wie dargetan auch im Tiers garant detailliert werden müssen. Der Beschwerdeführer geht nicht darauf ein, dass die G-Krankenkasse diese stillschweigende Vereinbarung in der Klageantwort (im hängigen Schiedsverfahren) am 15. März 2004 widerrufen habe. Es trifft daher nicht zu, dass die G-Krankenkasse eine falsche Auskunft erteilte, erfolgte doch die Korrespondenz mit den erwähnten Versicherten nach dem 15. März 2004. Zudem vermochten diejenigen Versicherten, welche keine detaillierte, nach TARMED gestaltete Abrechnung erhielten, mit den formell ungenügenden Pauschalrechnungen ohnehin keine Rückerstattung beim Versicherer geltend zu machen und wurden insofern geschädigt. Wenn der Beschwerdeführer dazu ausführen lässt, die G-Krankenkasse hätte die Versicherten auffordern sollen, eine nach Taxpunkten detaillierte Rechnung einzureichen, ist ihm entgegenzuhalten, dass es gerade ihm obgelegen hätte, eine solche von Anfang an aus- und den betroffenen Versicherten zuzustellen. Dass er dies getan hätte, ist nicht dargetan und zeigt letztlich sein Desinteresse daran, den erwähnten Patientinnen und Patienten die Rückerstattung der ihm entschädigten Leistungen zu ermöglichen. Im Übrigen ist hierzu auf die zutreffenden Ausführungen in der Beschwerdeantwort wie im angefochtenen Entscheid zu verweisen (§ 70 in Verbindung mit § 28 Abs. 1 Satz 2 VRG).

#### **E. 4.2.5**

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe kein Recht darauf, im Zusammenhang mit Honorarrechnungen Einblick in Krankengeschichten zu nehmen und überhaupt Honorarrechnungen zu kontrollieren, ist ihm nicht zu folgen. Dies ergibt sich bereits aus § 7 Abs. 3 GesundheitsG und § 21 ÄrzteV, wonach die Beschwerdegegnerin eine Aufsichtsfunktion ausübt, unter anderen jederzeit unangemeldet Kontrollen und Inspektionen durchführen und Beweismittel erheben kann. Ausserdem sind nach § 16 Abs. 1 ÄrzteV Aufzeichnungen zu machen und nach Abschluss der Behandlung während 10 Jahren aufzubewahren. Sofern der Beschwerdeführer in der Kontrolle durch die Beschwerdegegnerin eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht erkennen will, ist er auf § 17 Abs. 1 ÄrzteV hinzuweisen, wonach er sich von der Schweigepflicht entbinden lassen könnte. Eine andere Kontrolle der gestellten Rechnungen, etwa durch den Zürcher Ärztenverband, ist mangels Mitgliedschaft des Beschwerdeführers nicht möglich. Der Beschwerdeführer scheint sich offensichtlich daran zu stören, dass er von der Beschwerdegegnerin überhaupt kontrolliert werden darf, was er indessen wie alle anderen praktizierenden Ärzte auch in Kauf zu nehmen hat.

#### **E. 4.3**

Der Beschwerdeführer hält fest, entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sei er an der P-Strasse ausgeschildert und verfüge dort über "Diensträumlichkeiten". Die Auskündungen im Telefonbuch und Internet seien eindeutig. Es wäre der Beschwerdegegnerin sodann unbenommen gewesen, unangemeldet vorzusprechen, um ihrer Aufsichtstätigkeit nachzukommen. Selbst wenn die Beschwerdegegnerin die Adressänderung von der O-Strasse an die P-Strasse in X mittels Umzugsanzeige nicht erhalten hätte, habe sie aufgrund der Auskündungen seit 2001 sehr wohl gewusst, dass er über Diensträumlichkeiten verfüge, in welchen Krankengeschichten, Medikamente etc. aufbewahrt würden. Die Beschwerdegegnerin hält nach einem vorgenommenen Augenschein daran fest, dass der Beschwerdeführer am Haupteingang der P-Strasse nicht angeschrieben sei. Den hinteren Eingang an der R-Strasse in einem nicht für Passantenverkehr vorgesehenen Innenhof, etwa 40 m vom Haupteingang entfernt, finde eine nicht informierte Person nicht. Ausserdem habe der Beschwerdeführer in keinem Zeitpunkt mitgeteilt, dass er seine Praxisräume von der O-Strasse an die P-Strasse verlegt habe. Eine "PR-Adresse" (Postlagernd-Adresse) ergebe noch keinen tatsächlichen Praxisstandort. Der Beschwerdeführer wurde aufgefordert, zum vorgenommenen Augenschein Stellung zu nehmen (Prot. S. 9). Er beschränkte sich darauf, dass praktisch nie Patienten und Patientinnen ohne telefonische Voranmeldung empfangen würden. Diesen werde aber mitgeteilt, dass beim hofseitigen Eingang auch ein rollstuhlgänglicher Eingang mit Lift vorhanden sei.

##### **E. 4.3.1**

Tatsächlich hat der Beschwerdeführer keine konkrete Auskunft darüber erteilt, wo sich seine Praxis befindet. Wie in der Beschwerdeschrift ist jeweils von "Diensträumlichkeiten" die Rede, was offen lässt, ob darin nur Medikamente und Krankengeschichten gelagert werden oder auch eine technische und personelle Infrastruktur besteht, welche die Behandlung von Patienten und die Lagerung von Medikamenten (insbesondere Betäubungsmitteln) erlaubt. Nach § 12 Abs. 1 ÄrzteV sind neben anderem Eröffnung, Verlegung und Aufgabe einer Praxis der Gesundheitsdirektion zu melden. Nach § 15 ÄrzteV haben die Räume, Einrichtungen und Ausrüstungen den Anforderungen an eine

sorgfältige Berufsausübung zu entsprechen. Art. 53 der Betäubungsmittelverordnung vom 29. Mai 1996 (BetmV) enthält sodann Vorschriften über die Lagerung von Betäubungsmitteln; Art. 62 Abs. 1 BetmV verlangt, dass sich Ärzte jederzeit über Bezug und Verwendung von Betäubungsmitteln ausweisen können. Insofern ist zweifelsohne von Interesse, mit welcher Infrastruktur die "Diensträumlichkeiten" des Beschwerdeführers ausgestattet sind. Wenn er Patienten an der P-Strasse empfängt, hätte er konkret darüber Auskunft zu geben. Soweit er darauf hinweist, dass die Beschwerdegegnerin unangemeldet hätte vorsprechen können, um ihrer Aufsichtstätigkeit nachzukommen, ist damit die verlangte Auskunft nicht erteilt. Ausserdem steht dies im Widerspruch dazu, dass er im Wesentlichen unterwegs sein und Patienten praktisch nie ohne Voranmeldung empfangen will. Wie in solchen Verhältnissen eine unangemeldete Kontrolle möglich sein soll, zu deren Gewährung der Beschwerdeführer verpflichtet ist, legt er nicht dar. In diesem Zusammenhang ist auf das Urteil des Obergerichtes vom 8. September 2005 zu verweisen, wonach es im Untersuchungsverfahren offenbar nicht möglich gewesen war, ihn ein zweites Mal durch die Polizei zu befragen, was dagegen spricht, dass er leicht erreichbar ist.

#### **E. 4.3.2**

Mit Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 10. Februar 2005 war der Beschwerdeführer unter anderem aufgefordert worden, den genauen Ort mitzuteilen, wo die Krankengeschichten und die zur Behandlung notwendigen Medikamente, insbesondere auch Betäubungsmittel, gelagert würden und ob er an der P-Strasse über Praxisräumlichkeiten verfüge. Am 2. Mai 2005 liess der Beschwerdeführer über seinen Vertreter dazu ausführen, die Frage des Ortes der selbständigen ärztlichen Tätigkeit sei schon Gegenstand verschiedener Anfragen der Beschwerdegegnerin gewesen und bereits vor über 10 Jahren klar und deutlich beantwortet worden, wobei er auf die Akten verwies. Den Akten lässt sich hierzu allerdings wenig entnehmen. Bereits nach der Praxiseröffnung 1982 in U konnte der Beschwerdeführer dort nur selten getroffen werden. Die ihm auferlegte Wohnsitznahme in U zur Ausübung der Praxistätigkeit entfiel mit der Aufgabe der Praxis. Am 8. Dezember 1987 wurde dem Beschwerdeführer eine erneute Praxisbewilligung an der Adresse N-Strasse in W erteilt. Ab 5. Dezember 1990 verlagerte der Beschwerdeführer seine Aktivitäten nach X mit der Anschrift "Postlagernd, X". Seiner Auskündigung war keine Praxisanschrift zu entnehmen. Auf Anfrage der Gesundheitsdirektion nach der Praxisadresse wies der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 16. Dezember 1990 auf die Inserate über seine ärztlichen Hausbesuche hin, woraus lediglich "X" und eine Telefonnummer hervorgehen. Weitere Auseinandersetzungen um die Praxisanschrift ergaben sich im Zusammenhang mit den Betäubungsmittel-Rezeptblöcken (vorn I.E). Auf die Aufforderung der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 1991, die konkrete Praxisadresse anzugeben, erwähnte der Beschwerdeführer am 2. April 1992 schliesslich seine Anschrift in U und die Zustelladresse (postlagernd, X). Die Beschwerdegegnerin ging entsprechend davon aus, dass er seine Praxistätigkeit nach U verlegt habe. Dem Urteil des Einzelrichters in Strafsachen vom 8. September 1993 ist zu entnehmen, dass die an die Adresse in U zugestellte Vorladung zur Hauptverhandlung nicht abgeholt wurde, eine Zustellung an die Adresse O-Strasse oder die postlagernd-Adresse in X aber gegen Empfangsschein nicht möglich war; zudem bestand ein Nachsendeauftrag von der Adresse in U an die postlagernd-Adresse in X. Versuche, die Vorladungen polizeilich in U und in X zuzustellen, scheiterten. Der Richter kam zur Einsicht, dass nicht feststehe, wo sich der Beschwerdeführer effektiv aufhalte und wo er tatsächlich wohne; Abholungseinladungen für behördliche Sendungen lasse er stets unbeachtet. Die Vorladung

erfolgte durch Publikation im Amtsblatt. Das Urteil des Bezirksgerichtes X vom 2. März 1994 hielt dem Beschwerdeführer ebenfalls vor, keine klaren Verhältnisse mit Bezug auf seine Praxisadresse geschaffen zu haben. Auf eine weitere Anfrage vom 17. August 1995 erfuhr die Beschwerdegegnerin, dass sich der Beschwerdeführer seit 30. Juni 1995 in E (ausserkantonale) aufhalte. Dieser versicherte, auch von E (ausserkantonale) die Führung der Praxis sichern zu können und wies darauf hin, dass die Krankengeschichten ordnungsgemäss aufbewahrt würden – wo, blieb unerwähnt. Auf weitere Nachfrage wurden der Beschwerdegegnerin gegenüber erstmals "Diensträumlichkeiten" an der O-Strasse, PR, X, erwähnt, ebenso am 19. November 1998, wonach dieser sein berufliches Instrumentarium dort aufbewahre. Die Beschwerdegegnerin ging in der Folge von dieser Anschrift aus. Die Anschrift P-Strasse ging anfangs 2004 aus dem Gesuch um Bewilligung eines Assistenzarztes hervor; eine Änderungsanzeige war nicht erfolgt. Zustellungen an die P-Strasse in X sollen nur mit dem Hinweis "PR" möglich sein, wie der Beschwerdeführer zugesteht. So konnten ihm die Schreiben von M.H. und L.I. nicht zugestellt werden, weil der Hinweis "PR" fehlte.

#### **E. 4.3.3**

Damit bringt der Beschwerdeführer zwar vor, über "Diensträumlichkeiten" an der P-Strasse zu verfügen, vernachlässigte indessen seine Pflicht, die Verlegung der Praxis anzuzeigen. Was unter "Diensträumlichkeiten" zu verstehen ist, ist nach wie vor nicht dargetan. Offenbar empfängt aber der Beschwerdeführer Patienten an der P-Strasse. Allerdings ist er am Haupteingang nicht ausgeschildert, sondern nur die Firma; den Patientinnen und Patienten soll der Umweg über den Hinterhof angegeben werden. Erschwert, wenn nicht gar verunmöglicht, wurde und wird mit diesem Verhalten jedenfalls die Ausübung der Kontrolltätigkeit durch die Beschwerdegegnerin. Die angegebene Telefonnummer 01 stand und steht entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers weder im Jahr 2004 noch heute unter seinem oder dem Namen der Firma. Selbst wenn sie noch in Betrieb wäre, stiesse daher das Publikum nicht auf diese Nummer. Hingegen scheint er unter der Nummer 02 erreichbar zu sein.

#### **E. 4.4**

Die Beschwerdegegnerin hielt dem Beschwerdeführer im angefochtenen Entscheid vor, sich zu Unrecht als Notfallarzt auszukündigen, weil ihm der Fähigkeitsausweis "Notarzt" der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin fehle. Verschiedene Patienten hätten sich sodann darüber beschwert, dass er bei ihnen nicht oder mit grosser Verspätung erschienen sei. Aufklärung über seine Notfallorganisation habe er nicht erteilt. In der Beschwerde wird dazu ausgeführt, der Beschwerdeführer stelle auch notfallmässig die ärztliche Behandlung in vergleichbarer Weise sicher, wie dies Allgemeinpraktiker zu tun pflegen. Aus Sicherheitsgründen bestünden zwei unabhängige Telefonnummern, die rund um die Uhr kompetent bedient würden. Die erhaltenen Informationen würden per SMS und ab 22.00 bis 07.00 Uhr immer auch telefonisch übermittelt. Ausserdem werde der Beschwerdeführer für den ärztlichen Notfalldienst der Stadt X aufgeboten (Prot. S. 13). In der Beschwerdeantwort hält die Beschwerdegegnerin daran fest, dass keine adäquaten organisatorischen Vorkehrungen im Zusammenhang mit der ausgekündigten, notfallärztlichen Tätigkeit getroffen worden seien. Das vom Beschwerdeführer ausgeklügelte organisatorische System sei durch nichts belegt worden. Welche Personen mit welcher Ausbildung und nach welchen Instruktionen die Telefone bedienten, sei unbeantwortet geblieben. Es bestehe zudem der Verdacht, dass hilfeschuchende Patientinnen

und Patienten in der irrigen Annahme, mit der Praxis des Beschwerdeführers direkt verbunden zu sein, ihre gesundheitlichen Beschwerden im Vertrauen auf die ärztliche Schweigepflicht schilderten, wobei ungewiss sei, ob das Personal in der Telefonzentrale überhaupt einer solchen unterstehe. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist die Beschwerdegegnerin durchaus berechtigt, die entsprechenden Auskünfte vom Beschwerdeführer einzufordern, der sich als Notfallarzt auskündet (§ 12 Abs. 1 GesundheitsG, § 14 ÄrzteV).

#### **E. 4.4.1**

Wie bereits dargelegt, ging der Beschwerdeführer bei den Patienten M.B. und L.S nicht vorbei, obwohl er gerufen worden war, was er bestreitet. Das muss indessen nicht zwingend gegen die Funktionsfähigkeit seiner Notfallorganisation sprechen (er könnte anderweitig aufgehalten worden sein). Diese hat er mindestens insoweit umschrieben, als die Weitergabe von Anrufen sichergestellt sein soll, so dass entgegen der Beschwerdegegnerin nicht gesagt werden kann, es seien (überhaupt) keine adäquaten organisatorischen Vorkehrungen für die notfallärztliche Tätigkeit getroffen worden. Hingegen ist tatsächlich nicht klar, wer die Telefonanrufe entgegennimmt und ob hier eine kompetente Vorbeurteilung nach Dringlichkeit vorgenommen und telefonisch weitergeleitet wird. Ausserdem wird nicht dargetan, wer diese Infrastruktur überhaupt betreibt. So beruft sich der Beschwerdeführer darauf, im Auftragsverhältnis mit der Firma zu stehen und von dieser einen – geringen – Lohn zu beziehen, der jedenfalls nicht ausreicht, um die Notfall-Infrastruktur zu finanzieren. Es obliegt allerdings dem Beschwerdeführer als Bewilligungsinhaber, für eine taugliche Infrastruktur und Notfallorganisation zu sorgen und gegenüber der Beschwerdegegnerin darzulegen, wer konkret wofür zuständig ist. Patientinnen und Patienten müssen sodann die Gewähr haben, dass er innert für einen Notfall nützlicher Frist bei ihnen erscheint. Wie er dies sicherstellen will, legte er nicht ausreichend dar.

#### **E. 4.4.2**

Die Gefahr, dass Patienten über das Telefon ihre Beschwerden gegenüber Personen schildern, die nicht dem ärztlichen Geheimnis unterstehen, ist dagegen zu relativieren. Einerseits ist die Verpflichtung zur Verschwiegenheit auch auf privatrechtlicher Basis möglich; andererseits ist dort, wo dem Arztgeheimnis unterstehende Personen in einer Arztpraxis das Telefon bedienen und beispielsweise Patienten im (offenen) Warteraum mithören, das Arztgeheimnis auch nicht unbedingt strikt gewahrt.

#### **E. 4.4.3**

Der Beschwerdeführer macht geltend, bei Notfällen einzuspringen, wie dies viele andere Allgemeinpraktiker auch tun. Im technischen Sinn ist er nicht eigentlicher Notarzt mit entsprechendem Fähigkeitsausweis. Allerdings preist er sich "rund um die Uhr" auch als Notfallarzt an, dies im Unterschied zu anderen Notfalldienst leistenden Allgemeinpraktikern. Indessen liegt darin nur eine geringe Täuschungswirkung, dürfte doch nach dem nicht einheitlichen Verständnis des Publikums darüber, was ein Notfall ist, ein solcher nicht ausschliesslich von einem Notarzt mit Fachausweis bewältigt werden können. Entsprechend wird unter der Anpreisung als Notarzt wohl nicht ausschliesslich ein solcher mit Fähigkeitsausweis verstanden.

#### **E. 4.5**

In der Beschwerde verwies der Beschwerdeführer auf seine Berufshaftpflichtversicherung. Der Bestätigung der Versicherung über das Bestehen einer Berufshaftpflichtpolice hielt die Beschwerdegegnerin entgegen, es sei nicht ersichtlich, auf wen diese laute und seit wann sie bestehe. Im Sinne der Patientensicherheit sei sie berechtigt und verpflichtet, diesen Versicherungsschutz zu überprüfen. In der ergänzenden Eingabe vom 24. April 2006 verwies der Beschwerdeführer auf das nachzureichende Original der Versicherungspolice. Dazu hielt die Beschwerdegegnerin fest, die Versicherungspolice laute auf die Firma, und es sei nicht klar, welche Ärztinnen und Ärzte für diese tätig seien. Der Police für die Ärzteversicherung bei der J-Versicherung ist eine Versicherungssumme von Fr. 5'000'000.- für Personen-, Sach- und reine Vermögensschäden zu entnehmen, bei einem Selbstbehalt von Fr. 500.-. Daraus ergibt sich ein betragsmässig genügender Versicherungsschutz, der offenkundig darauf zugeschnitten ist, dass der Beschwerdeführer zu nicht mehr als 50 % in seiner Praxis tätig ist; entsprechend umfasst der Versicherungsschutz die Grundprämie (inkl. ein Arzt) zu 50 %. Die ab 14. April 2005 gültige Versicherung lautet allerdings nicht auf den Beschwerdeführer, sondern auf die Firma H als Versicherungsnehmer. Gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Ärzteversicherung ist nicht nur die Haftpflicht des Praxisinhabers, sondern auch des Stellvertreters, Assistenten, der Arbeitnehmer und Hilfspersonen je aus ihren beruflichen Verrichtungen für den versicherten Praxisbetrieb versichert. Demnach besteht für den Beschwerdeführer ein genügender Versicherungsschutz, wovon offenkundig auch die Versicherung ausgeht. Der Versicherungsschutz allfälliger weiterer Mitarbeiter des Beschwerdeführers bildet nicht Thema dieses Verfahrens. Bezüglich des eigentlich einverlangten Strafregisterauszuges (Prot. S. 9 lit. g), erklärte der Beschwerdeführer, dass das obergerichtliche Urteil, worin er wegen einfacher Körperverletzung, Sachentziehung, mehrfacher Sachbeschädigung und unlauteren Wettbewerbs schuldig gesprochen und mit zwei Monaten Gefängnis bedingt bestraft worden war, noch nicht rechtskräftig sei. Offenbar legte der Beschwerdeführer gegen das erwähnte Urteil kantonale Nichtigkeitsbeschwerde ein. Die (kantonale) Nichtigkeitsbeschwerde hemmt Rechtskraft und Vollstreckbarkeit des angefochtenen Entscheides nicht, sofern die Kassationsinstanz nichts anderes anordnet (§ 286 Abs. 1 der Zivilprozessordnung vom 13. Juni 1976). Wie es sich damit verhält, legte der Beschwerdeführer nicht dar. Insofern lässt sich nicht erkennen, ob das erwähnte Obergerichtsurteil rechtskräftig ist oder nicht. Die Auskunft ist daher ungenügend.

#### **E. 4.6**

Die Beschwerdegegnerin spricht von einem rechtswidrigen Geflecht zwischen der Praxistätigkeit des Beschwerdeführers und der Tätigkeit der Firma H.

##### **E. 4.6.1**

Tatsächlich scheint die Firma, in deren Auftrag der Beschwerdeführer tätig sein will, ihm insofern zu dienen, als er – dank seiner Lebenspartnerin als einziger Verwaltungsrätin – einen Jahreslohn vereinbart, der ihm die Einrede fehlenden neuen Vermögens gegenüber seinen zahlreichen Gläubigern erlaubt. Während er nämlich bereits im zweiten Behandlungsjahr Arztkosten von über Fr. 450'000.- erzielte und nicht davon auszugehen ist, dass seine Tätigkeit seither einen massiven Einbruch erlitten hätte, nehmen sich die "vereinbarten" rund Fr. 39'000.- Jahreseinkommen geradezu mickrig aus und dürften auch für einen bescheidenen Lebensunterhalt kaum ausreichen (vorn E. 3.3). Da nach Angaben der Beschwerdegegnerin sowie gemäss den Akten die Praxisbewilligung auf den Beschwerdeführer und nicht auf die Firma lautet und lauten muss (§ 10 Abs. 1, 11

GesundheitsG), weshalb der Firmenzweck "Führung von Arztpraxen" nur über den Beschwerdeführer oder allenfalls einen anderen Bewilligungsinhaber erfüllt werden kann, erscheint die "vereinbarte" Entschädigung auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als ungerechtfertigt tief, selbst wenn bloss von einer "Praxistätigkeit" von 50 % auszugehen ist. Wieviel der Beschwerdeführer der Firma jährlich abliefert, um im Gegenzug seinen geringen Lohn zu beziehen, und welche zusätzlichen Leistungen die Firma für ihn erbringt (zum Beispiel Geschäftsfahrzeug, Bezahlung der Praxisinfrastruktur, Versicherung), wird nicht ausgeführt und belegt. Zudem bestätigte seine Lebenspartnerin, dass er für beide Kinder pünktlich und regelmässig Alimente in bar (in unbekannter Höhe) seit 1992 und seit 1995 bezahle, was angesichts des deklarierten Jahreslohns als kaum möglich erscheint. Diesbezüglich ergibt sich eine weitere Unstimmigkeit, indem gemäss Steuererklärung 2003 zwei Kinder mit Jahrgang 1986 und 1992 angegeben werden, derweil der Beschwerdeführer für zwei Kinder ab 1992 und 1995 Alimente zahlen soll. Es muss offenkundig ein drittes Kind geben. Die Firma soll ihm sodann einen Wagen zur Verfügung stellen. Angesichts der Schulden aus nicht mehr weiterziehbaren Verfahren von über Fr. 200'000.- erscheint es nahe liegend, dass der Beschwerdeführer die Firma zu seinen Zwecken benutzt, um seine finanziellen Verhältnisse zu verschleiern.

#### **E. 4.6.2**

Ausserdem legte er nicht dar, wer Mieter der "Diensträumlichkeiten" an der P-Strasse ist, die ja für die Lagerung von Krankengeschichten und Medikamenten gewisse Voraussetzungen erfüllen müssen. Sollte die Firma Mieterin sein, stellt sich doch die Frage, ob ihr die Kontrollbehörde Auflagen wie einem Praxisinhaber machen könnte, da sie eine von diesem verschiedene Person ist. Jedenfalls müsste die Kontrollbehörde vorerst die Firmenorgane begrüssen, was sich als wenig zweckmässig erweist und die Gefahr in sich birgt, dass sich der Inhaber der Praxisbewilligung und die Firma als Inhaberin der Infrastruktur gegenseitig die Verantwortung für die Einhaltung der Vorschriften zum Betrieb einer Arztpraxis zuweisen. Ähnliche Fragen stellen sich beim Zugriff auf Krankengeschichten, wenn der Beschwerdeführer einzig im Auftrag der Firma als Arzt tätig sein will und seine Rechnungen auf den Namen der Firma ausstellt, obwohl er nach § 11 GesundheitsG Inhaber der Praxisbewilligung ist. Wenn die Beschwerdegegnerin von einem rechtswidrigen Geflecht zwischen der Firma und dem Beschwerdeführer spricht, ist dies eine zutreffende Würdigung.

#### **E. 4.7**

Im angefochtenen Entscheid wurde angeführt, dass die Praxisführung des Beschwerdeführers in bisher kaum vergleichbarem Umfang zu Beschwerden und Beanstandungen seitens von Patienten, Angehörigen von Patienten, Patientenorganisationen, Sozialversicherungen und der Aufsichtsbehörde selber geführt habe. Der Beschwerdeführer habe bei Anfragen oder Beanstandungen im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes immer wieder mit der persönlichen Androhung einer Strafanzeige oder anderer rechtlicher Schritte gedroht und zahlreiche zivil- und strafrechtliche Klagen gegen Privatpersonen oder Vertreter von Institutionen und Behörden eingereicht, die mehrheitlich erfolglos geblieben seien. Der Beschwerdeführer bestreitet dies wiederum pauschal und nimmt konkret nur zum Spritzenabgabeverbot Stellung. Seinen Bemühungen, Drogensüchtigen sterile Spritzen abzugeben, insbesondere seinen Strafanzeigen gegen den damaligen Kantonsarzt Prof. K., sei zwar kein Erfolg beschieden gewesen, dennoch sei aber das Spritzenabgabeverbot kurze Zeit später dahingefallen. Die

Vorinstanz führte dazu aus, der Beschwerdeführer habe mit seinem Vorgehen zumindest teilweise bezweckt, indirekt Einfluss auf die Verfahren auszuüben und die betroffenen Personen zu einem passiven bzw. kritiklosen Verhalten zu bestimmen.

#### **E. 4.7.1**

Soweit der Beschwerdeführer hervorhebt, dass seine Bestrebungen um die Abgabe steriler Spritzen letztlich (faktisch) doch noch erfolgreich gewesen seien, mag dahingestellt bleiben, ob dies allein seinen Bemühungen zuzuschreiben ist. Hingegen ist bemerkenswert, auf welche Art und Weise er dem Kantonsarzt Prof. K. gegenübertrat. So verlangte er dessen Ausschluss aus der Zürcher Ärztesgesellschaft mit der Begründung, jener sei "ein Massenmörder (Genozid in Raten) an Fixerinnen und Fixern". An den damaligen Regierungsrat Y stellte er die Frage, wie lange ein "Massenmörder und Krimineller" als Universitätslehrer für Ärzte tätig sein dürfe (zur Kampagne gegen den damaligen Kantonsarzt vorn E. I.D). Auch wenn er in der Sache schliesslich recht behalten sollte, erscheint der angeschlagene Ton gegenüber einer Kontrollinstanz nicht mehr tolerierbar. Am 8. September 1993 bestrafte ihn der Einzelrichter in Strafsachen am Bezirksgericht X mit Fr. 300.- Busse wegen Parkierens im Halteverbot. Der Hauptverhandlung blieb er fern mit der Begründung, er habe keine Zeit für "Staatsterrorismus krimineller Natur". Wegen der vorübergehenden Verweigerung der Betäubungsmittel-Rezeptblöcke, die er selber zu vertreten hatte, verlangte er vom Kanton Zürich Schadenersatz über Fr. 100'000.- (vorn E. 4.3.2). Ferner finden sich eine Vielzahl von Urteilen betreffend Klagen des Beschwerdeführers gegen Mitarbeiter der SUVA in den Jahren 2001 bis 2004, denen allesamt kein Erfolg beschieden war. Wie bereits dargelegt, war die Patientenstelle stark mit dem Beschwerdeführer beschäftigt (vorn E. I.H). Anfragen der Beschwerdegegnerin beantwortete er damit, dass seines Erachtens kein vernünftiger Grund für die verlangte Auskunft zu erkennen sei, er erkundigte sich nach der jeweiligen gesetzlichen Grundlage, ohne nach deren Mitteilung seinen Auskunftspflichten nachzukommen, er stellte unbegründete Ausstandsbegehren oder bezweifelte die Unterschriftsberechtigung der unterzeichnenden Person (vorn E. 3.1). Dies alles deutet darauf hin, dass der Beschwerdeführer offensichtlich nicht gewillt ist, sich behördlichen Kontrollen wie jeder andere Arzt auch zu unterziehen.

#### **E. 4.7.2**

Es scheint ausserdem zum vom Beschwerdeführer befolgten Vorgehen zu gehören, jeweils mit rechtlichen Schritten zu drohen oder solche einzuleiten, falls seinen geltend gemachten Ansprüchen nicht gefolgt oder er in seiner Berufstätigkeit kritisiert wird, was einen gewissen Einschüchterungseffekt hat. In der Auseinandersetzung mit der G-Krankenkasse benützte er sodann seine Internetseite, um diese unter Druck zu setzen. Zudem scheint er Anfragen von Patienten teilweise zu ignorieren und auf behördliche Anfragen – falls überhaupt – nur zurückhaltend zu reagieren.

#### **E. 4.8**

Wie dargelegt, betrifft die Vertrauenswürdigkeit das Verhältnis zwischen Arzt und Patient sowie zwischen Arzt und Behörde, hier insbesondere in Form korrekter Zusammenarbeit (vorn E. 2.2). Daran fehlt es nach dem Ausgeführten: Der Beschwerdeführer ist nicht bereit, über seine "Diensträumlichkeiten", die Lagerung der Krankengeschichten und Medikamente, über seine Infrastruktur (vorn E. 4.3., 4.6.2) und über seine Notfallorganisation (vorn E. 4.4) umfassend Auskunft zu geben. Ungeachtet der

Diskussion, ob er dem Tiers payant oder dem Tiers garant untersteht, stellte er bis in die jüngste Zeit Rechnungen mit nicht spezifizierbaren ärztlichen oder nicht-ärztlichen Leistungen aus und kassierte diese in bar direkt von den Patienten, was eine Kontrolle nicht erlaubte (vorn E. 4.1+2). Ausserdem besteht tatsächlich ein undurchschaubares Geflecht zwischen der Firma H und dem Beschwerdeführer, wobei nicht feststeht, in welchem Umfang die Firma von ihm als Inhaber der Praxisbewilligung profitiert und welche Leistungen die Firma ihm gegenüber konkret erbringt. Auch wenn der Beschwerdeführer lediglich durch seine Lebenspartnerin in der Geschäftsleitung der Firma vertreten ist, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass er keine Verbindungen zur Firma hätte, beispielsweise als Mehrheits- oder Alleinaktionär. Angaben darüber werden keine gemacht, obwohl er dazu aufgefordert worden war (vorn E. 3.3, 4.5. Abs. 2, 4.6; Prot. S. 8). Nicht einzusehen ist ferner, weshalb der Beschwerdeführer seinen Versicherungsschutz erst in einem späten Stadium des Beschwerdeverfahrens nachwies (vorn E. 4.5). Schliesslich ist das Verhalten des Beschwerdeführers zu beanstanden, der im Falle von Unstimmigkeiten unverzüglich mit rechtlichen Schritten droht oder solche – mit meist wenig Erfolg – einleitet (vorn E. 4.7), was offenkundig der Einschüchterung der Betroffenen – unter anderen Patienten, Institutionen, Behörden – dient. Wenn auch einige dieser Vorgänge zeitlich schon länger zurückliegen, hat sich das beschriebene Verhalten des Beschwerdeführers bis in die jüngste Zeit wenig verändert und darf im Rahmen einer Gesamtschau durchaus berücksichtigt werden. Zwar lag im Verhalten des Beschwerdeführers – von wenigen Ausnahmen abgesehen (vorn E. 4.1) – kaum je eine direkte Gefährdung der Gesundheit von Patienten. Hingegen kamen, wie dargelegt, gewisse Patienten aufgrund der Rechnungsstellung des Beschwerdeführers direkt zu Schaden (vorn E. 4.2.2+3). Dabei kann sein Verhalten nicht damit gerechtfertigt werden, dass er sich der Kontrollbehörde nicht "sklavisch" unterordne. Vielmehr ist nicht zu erkennen, dass der Beschwerdeführer überhaupt bereit wäre, diejenigen Kontrollen der Beschwerdegegnerin, zu denen sie nach Gesetz berechtigt ist, wie jeder andere Arzt auch zuzulassen. Dazu gehört auch, dass er ohne ersichtlichen Grund nur über eine postlagernd-Anschrift verfügt, welche die Zustellung gewisser Sendungen verunmöglicht. Ferner vermutet er in jedem Verhalten der Beschwerdegegnerin zu Unrecht Ungerechtigkeiten, Ungleichbehandlungen und fehlende Rechtsgrundlagen (vorn E. 3.1, 3.3+4, 4.2.6). Die Uneinsichtigkeit des Beschwerdeführers, die weiterhin bestehende Gefahr einer (finanziellen) Schädigung von Patientinnen und Patienten und sein mangelnder Wille, mit der Behörde im Umfang von deren Kontrollberechtigung zu kooperieren, lassen ihn als nicht mehr vertrauenswürdig erscheinen (vorn E. 2.2). Das öffentliche Interesse, ihm die Praxisbewilligung zu entziehen, überwiegt daher seine privaten Interessen an der Fortführung seiner Tätigkeit und erscheint schon deswegen angemessen, als mit einer markanten Änderung seines Verhaltens nicht zu rechnen ist. Vielmehr muss, was die behördliche Kontrolltätigkeit anbelangt, von einer anhaltenden Geringschätzung der gesetzlichen Vorschriften und der Kontrollbehörde als solcher ausgegangen werden, weshalb nicht ersichtlich ist, welche mildere Massnahme als der Entzug der Praxisbewilligung eine vorschriftsgemässe Tätigkeit des Beschwerdeführers sicherstellen könnte (dazu BGr, 17. Mai 2006, 2P.309/2005, E. 3.3, [www.bger.ch](http://www.bger.ch)).

## **E. 5**

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Damit der Beschwerdeführer laufende Behandlungen noch abschliessen bzw. Patientinnen und Patienten in laufenden Behandlungen an andere Ärztinnen und Ärzte überweisen kann, ist ihm eine neue Frist anzusetzen. Als angemessen erweist sich eine Frist von 90 Tagen ab Rechtskraft dieses

Entscheid. Da es sich dabei nicht um eine prozessuale Frist, sondern um eine Frist in der Sache handelt, gilt die Regelung des Friststillstands während der Gerichtsferien nicht. Bei diesem Ausgang sind die Kosten des Verfahrens dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (§ 70 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 VRG), wobei diese aus der ihm angerechneten Kautions zu beziehen sind. Eine Entschädigung ist ihm nicht zuzusprechen (§ 17 Abs. 2 VRG).  
Demgemäss entscheidet die Kammer :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.